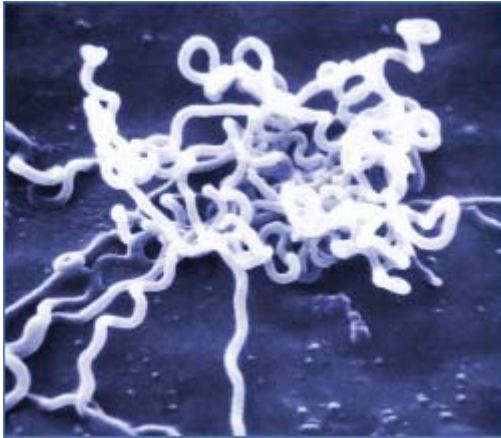


LA SÍFILIS

Definición



La **sífilis** es una **infección** de ámbito global y de **transmisión sexual** (enfermedad venérea) causada por el ***Treponema pallidum***, que desde la década de los años 90 ha emergido de nuevo en la Europa occidental como una enfermedad importante y preocupante desde el punto de vista de la Salud pública. En el año 2003 se notificaron

en España, al sistema *EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria)*, 917 casos de **sífilis**.

El *Treponema pallidum* es una bacteria enrollada (perteneciente por ello al grupo de las espiroquetas) dotada de movilidad, que vive obligadamente como parásito, que utiliza al ser humano como su único huésped natural, y que no puede cultivarse en el laboratorio ("in vitro").

La infección de la sífilis puede ser congénita (una causa importante de abortos y de morbilidad y mortalidad infantil) o **adquirida**.

¿Cómo se adquiere la sífilis?

Entre el 30-60% de los individuos que mantienen un **contacto sexual con una persona con sífilis** precoz serán infectados y adquirirán, a su vez, la sífilis. La entrada del *Treponema pallidum* ocurre a través de pequeñas soluciones de continuidad en las membranas mucosas genitales.

¿Cómo se clasifica?

La clasificación de la sífilis se hace **en función de la fase de la enfermedad:**

- **Sífilis primaria:** Periodo de incubación de 2-3 semanas. Hasta ese momento la infección es local.
- **Sífilis secundaria:** Periodo de incubación de 6-12 semanas. La infección es ya generalizada.
- **Sífilis precoz latente:** Sífilis que no provoca síntomas de menos de 2 años de duración.
- **Sífilis tardía latente:** Sífilis que no provoca síntomas de 2 o más años de duración.
- **Sífilis sintomática tardía** (sífilis terciaria): sus tres manifestaciones principales son:
 - **Sífilis cardiovascular.**
 - **Neurosífilis.**
 - **Sífilis con formación de gomas** (tumoraciones producidas por tejido de granulación o *sífilomas*).

Sífilis Primaria

La lesión ocurre en el sitio donde se ha producido la penetración inicial del *Treponema pallidum* (inoculación) a través de las mucosas genitales del individuo infectado. Por lo general, **la lesión es única e indolora**, aunque puede ser múltiple y dolorosa. Suele tener la forma de una mancha (*mácula*) que se convierte en una *pápula* (elevación pequeña sobre la superficie de la piel) que termina por convertirse en una úlcera.

Generalmente transcurre un periodo de **incubación de 2 a 3 semanas** entre la inoculación del *Treponema pallidum* y el desarrollo de la lesión.



La lesión local sífilítica se acompaña de la inflamación de ganglios (*linfadenopatía*) en el territorio anatómico correspondiente, de modo predominante en las ingles.

Si este complejo de lesiones no es tratado, **cura de modo espontáneo en 4 ó 5 semanas** (entre 3-10 como límites). Dado que las úlceras (conocidas como *chancro sífilítico*) no duelen y pueden ocurrir en sitios no visibles (en la mucosa del ano, la vagina o el cuello uterino) o no son reconocidas como tales (como cuando ocurren en el labio, la mucosa de la boca y la lengua), muchos individuos con sífilis primaria no consultan al médico.

Sífilis secundaria

Entre la 4ª a la 8ª semana de la sífilis primaria el *Treponema pallidum* inoculado en el individuo pasa de ser una infección local/regional a una infección general o sistémica con presencia de la bacteria en la sangre (*bacteriemia*).

Este periodo secundario de la sífilis se caracteriza por la aparición generalizada en



la superficie cutánea del cuerpo, por lo general de forma simétrica, de una **erupción ("rash") de máculas y pápulas**, que suelen localizarse, de modo predominante, **en el cuero cabelludo, las palmas de las manos y las plantas de los pies**. Se asocia habitualmente

fiebre, malestar general y la aparición de numerosas inflamaciones de los ganglios (*poliadenopatías*) y ulceraciones en las mucosas.

La existencia de una inflamación de los pequeños vasos (*vasculitis sífilítica*) durante la sífilis secundaria condiciona la aparición de manifestaciones sintomáticas (síndromes) a nivel de diferentes órganos (hígado, iris ocular, riñón, sistema nervioso) bajo la forma de *hepatitis, iritis, nefritis, sífilis de las meninges y de sus vasos* (cefaleas intensas), así como afectación del *nervio auditivo*.

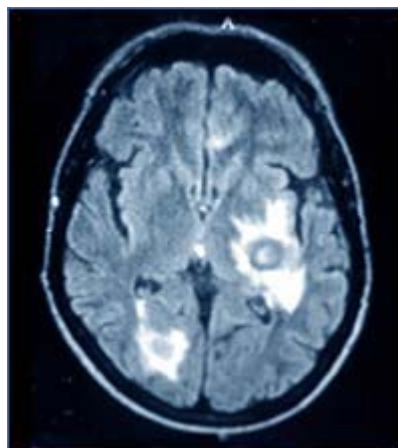
Sífilis secundaria recurrente y sífilis latente

Los individuos con sífilis secundaria que **no son tratados mejoran de manera espontánea pasadas las 3 a 6 semanas**. Una cuarta parte de los pacientes presentan episodios recurrentes de sífilis secundaria. Estas recaídas son raras después de 1 año y casi nunca ocurren pasados los 2 años. La infección se ha convertido ya en latente (sin síntomas).

Sífilis tardía o terciaria

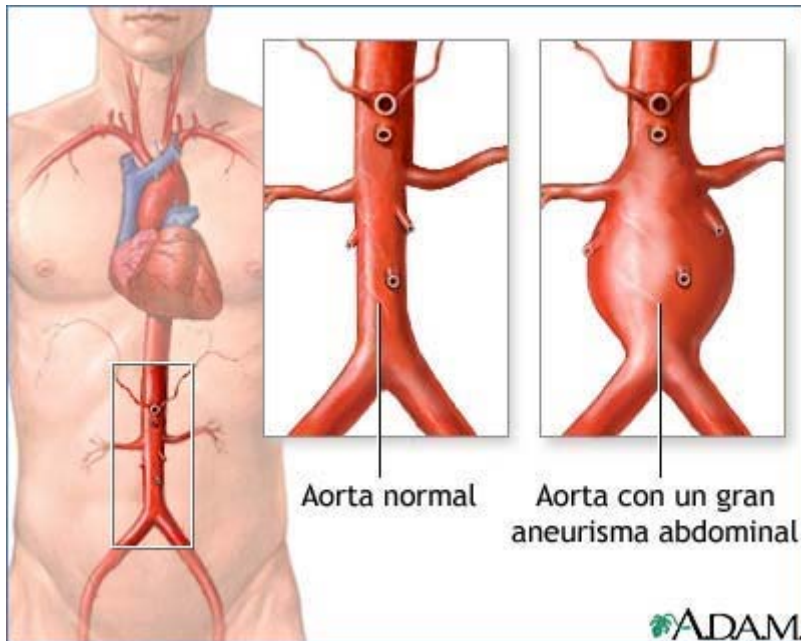
Aproximadamente un 35% de los individuos con sífilis latente desarrollarán las manifestaciones de la sífilis tardía (sífilis terciaria). Las tres manifestaciones principales de la sífilis terciaria son: neurosífilis, sífilis cardiovascular y sífilis con gomas.

- **Neurosífilis:** La sífilis localizada en las cubiertas meníngicas del cerebro y sus vasos (*sífilis meningovascular*) como manifestación de la sífilis en el periodo secundario, también puede ocurrir en la sífilis terciaria. El periodo de **incubación varía entre 5-12 años** y sus síntomas son similares (cefaleas intensas).



- **La sífilis parenquimatosa del sistema nervioso** afecta a la médula espinal y al cerebro, con un periodo de incubación de 10 a 20 años. Cuando afecta a la médula espinal dorsal se denomina clásicamente *tabes dorsalis*, mientras que la afectación del cerebro se conoce como **parálisis general**, con cambios en la personalidad y progresiva demencia.
- **Sífilis cardiovascular:** Por lo general ocurre **entre 15 -30 años después de la sífilis primaria** en cualquier gran arteria, aunque con preferencia por afectar a la aorta proximal. Puede provocar insuficiencia aórtica, que puede complicarse con **insuficiencia cardíaca**, estrechez en los orificios de salida de

las arterias coronarias (dando lugar a una angina de pecho) o a la capa media de la pared de la aorta provocando un *aneurisma* (una dilatación segmentaria de una arteria. Los aneurismas más frecuentes son los que asientan en la aorta abdominal (3/4 partes del total de los



aneurismas). Predominan en el sexo masculino y en edades avanzadas, asociándose con frecuencia a la aterosclerosis y a la hipertensión arterial).

- **Sífilis con formación de tumoraciones gomosas:** Los *gomos* son formaciones de tejido granulomatoso, localmente destructiva, con especialmente preferencia con la piel y con los huesos, que suele ocurrir **entre 3 y 12 años después de la sífilis primaria.**

- **Sífilis congénita:** Las **mujeres embarazadas con sífilis** pueden transmitirla al feto, a través de la placenta. Aproximadamente un tercio de los niños nacidos de madres con sífilis precoz nacen libres de sífilis, mientras que otro tercio nace con sífilis congénita y otro tercio sufre un aborto. Cada año nacen en el mundo entre medio y un millón de niños con sífilis congénita. En algunos países con pocos recursos se atribuye a la sífilis una quinta parte de la mortalidad neonatal. Casi todos



los casos de sífilis congénita puede ser prevenidos mediante un screening prenatal y un tratamiento durante el embarazo. La sífilis congénita se clasifica como precoz o tardía según se presenta clínicamente antes o después de los 2 años de edad. Los **niños sifilíticos** suelen presentar anormalidades en sus huesos, inflamación de sus articulaciones y, como característica facial, un puente de la nariz deprimido ("nariz en silla de montar"). El pronóstico de la sífilis congénita es malo si los síntomas están ya presentes en las primeras semanas del recién nacido.

SIDA y Sífilis

Los individuos con sífilis tienen mayor riesgo de contraer el SIDA. Todos los pacientes con sífilis deben ser investigados por si padecen también el SIDA.

Pruebas diagnósticas de la Sífilis

El diagnóstico depende de la identificación directa del *Treponema* o bien de pruebas *serológicas* (reacciones antígeno/anticuerpo):

- **Demostración directa del *Treponema*:** La identificación directa del *Treponema* como una bacteria móvil en una solución salina, mediante el microscopio de fondo oscuro en muestras tomadas de las lesiones mucosas, permite el diagnóstico con una sensibilidad superior al 90%.
- **Pruebas serológicas:** Son las pruebas básicas para el diagnóstico. En los últimos 5 años las pruebas conocidas con las siglas *EIA* (*Enzyme Immunoabsorbant Essay*) se han consolidado como la primera opción para el diagnóstico de la sífilis.

Tratamiento

La **penicilina** quedó establecida como un tratamiento muy efectivo para la sífilis, ya que cura rápidamente las lesiones de la sífilis precoz y previene la progresión de la

sífilis precoz y latente a la sífilis tardía. No han sido descritos *Treponemas* resistentes a la penicilina.

Las **recomendaciones para el tratamiento de la sífilis** publicadas en el Reino Unido en el año 2005, fueron las siguientes:

- Sífilis primaria, secundaria y sífilis latente precoz: *Penicilina G benzatínica*, 2,4 megaunidades, por vía intramuscular, en un única dosis, o *Penicilina G procaína*, 600.000 unidades, por vía intramuscular, una vez al día durante 10 días.
- Sífilis latente tardía: *Penicilina G benzatínica*, 2,4 megaunidades, por vía intramuscular durante 32 semanas (días 0, 7, 14) o *Penicilina G procaína*, 900.000 unidades, por vía intramuscular diariamente durante 17 días.
- Neurosífilis: *Penicilina G procaína*, 2,4 unidades una vez al día por vía intramuscular, durante 17 días con *probenecid (Benemid®)*, por vía oral 500 mg., 4 veces al día.



Nuevos avances en el tratamiento de la sífilis

Un amplio ensayo clínico reciente sugiere que 2 gramos por vía oral de *Azitromicina (Zithromax®)* es una dosis tan efectiva en el tratamiento de la sífilis precoz como la *penicilina G. benzatínica*.

